

LA TUBERCULOSE RÉNALE

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA GROSSESSE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Février 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

Yves-Louis-Jules DRAPPIER

Né à Liart (Ardennes), le 21 Octobre 1906

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. FRUHINSHOLZ, Prof. . .	Président
		HAMANT, Professeur . . .	Juges
		JOB, Professeur	
		VERMELIN, Agrégé	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

IMPRIMERIE CAMILLE ANDRE, MICHEL & C^{ie},

1, Boulevard Jean-Jaurès,

NANCY

1935

LA TUBERCULOSE RÉNALE

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA GROSSESSE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Février 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

Yves-Louis-Jules DRAPPIER

Né à Liart (Ardennes), le 21 Octobre 1906

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM FRUHINSHOLZ, Prof...	Président
		HAMANT, Professeur ...	{ Juges
		JOB, Professeur.....	
		VERMELIN, Agrégé.....	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

IMPRIMERIE CAMILLE ANDRE, MICHEL & C^{ie},

1, Boulevard Jean-Jaurès,

NANCY

1935

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I U.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I U.

WEISS, O *, I U ; BOUIN, O *, I U :

ANCEL, *, I U ; GARNIER *, I U ; MACÉ *, I U ; P. PARISOT, O *, I U.

DUFOUR, *, I U ; G. THIRY *, I U.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I U.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I U.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, O *, I U.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRELICH, *, I U.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I U.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHHSHOLZ, O *, I U.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I U.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I U.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I U.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I U.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I U.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I U.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I U.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I U.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I U.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I U.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I U.
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A U, *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I U.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I U.

M. JOB, *, I U, professeur sans chaire.

M. WATRIN, *, I U, professeur sans chaire.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, *, I U, professeur.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A U, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A U, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I U, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A U, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I U, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I U, prof. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I U, ag. lib.
	M. G. LAMY, *, I U, agrégé libre, chef de travaux.
Accouchements (Cours théorique)	M. JOB, *, I U, profess. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, A U, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A U, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, *, I U, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, A U, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique(1)	M. L. MERKLEN, A U, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A U, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R. L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice

MM. MERKLEN, A U.
FLORENTIN.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF.
POURCINES.
MELNOTTE, O *.



MM. MUTEL, *, I U.
VERMELIN, *, A U.
GUILLEMIN, A U.
ABEL, *, A U.
DROUET, A U.
SIMONIN, A U.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I U ; S. REMY, I U ; BUSQUET, I U ; M. FAIRISSE, I U ;
BINET, *, I U ; BARTHÉLEMY, *, I U ; LAMY, *, I U.
M. E. TRIBOLET, I U, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



Digitized by the Internet Archive
in 2026.

INTRODUCTION

L'apparition d'une tuberculose rénale au cours de la grossesse est une éventualité peu fréquente, et les cas rapportés aux Sociétés d'Obstétrique et d'Urologie sont peu abondants. Comment expliquer cette rareté?

Il est peu probable que le bacille de Koch ait touché l'ovule et l'ait rendu inapte à la fécondation ou encore qu'il ait, comme le spirochète, provoqué des lésions de sclérose utéro-ovarienne. Il ne s'agit pas plus d'une infection latente des trompes. N'a-t-on pas invoqué une tuberculose primitive latente des voies génito-urinaires comme pathogénie de la tuberculose rénale ?

La vraie raison, à notre avis, est la rareté relative de la tuberculose rénale au cours de la vie génitale de la femme.

En nous appuyant sur un cas rencontré et sur des observations puisées dans diverses revues, nous nous proposons d'examiner :

1° Le diagnostic de la tuberculose rénale au cours de la grossesse ;

2° L'évolution de la grossesse dans ces conditions :

- a) Influence de la grossesse sur la tuberculose rénale ;
- b) Influence de la tuberculose rénale sur la grossesse.

3° La conduite à tenir dans ces conditions.

Nous examinerons, enfin rapidement, l'avenir des femmes néphrectomisées pour tuberculose rénale.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE RENALE PENDANT LA GROSSESSE

Ce qui amène le plus souvent les malades à consulter, ce sont les troubles cystalgiques. Encore ces symptômes sont-ils le plus souvent fugaces et insignifiants. C'est une pollakiurie avec mictions aussi fréquentes la nuit que le jour et parfois si rapprochées qu'elle frisent l'incontinence. La malade éprouve d'impérieuses envies d'uriner et passe par de véritables crises d'irritabilité vésicale. La miction est douloureuse avec sensation de brûlure et douleur vésicale irradiant parfois vers les lombes. La malade urine peu à la fois, s'habituant à ne pas vider complètement sa vessie pour éviter la violente douleur du bas-fonds.

Cependant, malgré cette pollakiurie, il n'y a souvent pas de polyurie. La quantité d'urine émise est très faible. L'urine est habituellement claire.

Lorsque ces symptômes vésicaux sont peu marqués, la malade ne consulte pas à cette période. Ces signes fonctionnels réflexes sont mis sur le compte de la grossesse en cours et l'on n'y prête pas attention.

C'est plutôt à la seconde phase, phase du pyurie, que le médecin est appelé. A ce moment la tuberculose est ouverte et communique avec les voies d'excrétion. L'affection est alors nettement caractérisée et on se trouve en présence

d'une pyélonéphrite. Les urines sont abondantes, troubles du début à la fin de la miction. Elles ne se clarifient pas par le repos. Il y a bien, au fond du bocal, un dépôt de pus granuleux, mais l'urine surnageante reste trouble malgré tout.

A cette période la malade se plaint de douleurs lombaires avec sensation de pesanteur plus ou moins accentuée et irradiation vers l'aîne. Cette douleur est le plus souvent unilatérale mais peut aussi siéger des deux côtés par suite du réflexe réno-rénal de GUYON. Parfois le rein sain souffre seul.

L'examen physique d'une des fosses lombaires révèle souvent un rein douloureux. En explorant le trajet de l'uretère on constate l'existence de points douloureux, en particulier le point utéral inférieur ou urétéro-vésinal par le toucher vaginal. La grossesse en effet donne plus de formes douloureuses en ce qui concerne le rein et l'uretère.

Ces douleurs réno-urétérales dont l'existence est précieuse pour la détermination du côté atteint, quand l'exploration vésicale est difficile ou impossible, révèlent soit de facteurs mécaniques, soit de l'infection secondaire.

Il est très rare que le rein soit alors perceptible par le palper, au cours de la grossesse, quel que soit son volume. Son hypertrophie est d'ailleurs peu marquée dans la tuberculose rénale.

Les urines sont purulentes et leur purulence augmente à mesure que l'infection progresse. Le passage dans l'uretère de volumineux grumeaux de pus peut provoquer des douleurs à type de coliques néphrétiques. Parfois il se forme une volumineuse pyonéphrose.

Avec de tels symptômes, le diagnostic le plus souvent porté est celui de pyélonéphrite coli-bacillaire, soit que

l'examen des urines n'ait pas été fait, soit que l'on n'ait trouvé que du coli-bacille ou même aucun microbe. M. F. de BEAUFONDS, au XVII^e Congrès d'Urologie, a particulièrement insisté sur la nécessité de se méfier du coli-bacille et de mettre en œuvre les examens bactériologiques et biologiques. Examen microscopique, inoculation au cobaye.

Enfin, c'est parfois pour une hématurie que la malade consulte. Cette hématurie est apparue spontanément, sans cause apparente. Elle ne s'accompagne d'aucun symptôme, sauf quelquefois d'une légère douleur costo-vertébrale. En générale peu abondante, transitoire et de courte durée elle peut aussi persister des semaines. Chez la femme enceinte ces hématuries sont particulièrement fréquentes et peuvent conduire à une anémie extrême. Elles disparaissent sans cause comme elles sont venues.

La prédominance d'un de ces différents symptômes, cystalgie, pyurie ou hématuries, peut conduire le médecin à de graves erreurs de diagnostic, s'il ne fait pas un examen complet de l'appareil urinaire.

En cas de phénomènes vésicaux prédominants : cystalgie, pollakiurie, on porte un diagnostic de cystite. Un examen microscopique des urines, une inoculation au cobaye et une cystoscopie feront découvrir la nature tuberculeuse de cette affection. Il faudra alors rechercher si la bacilliose de la vessie n'est pas secondaire à une bacilliose rénale, fait admis à l'heure actuelle par la plupart des urologues.

Si aux troubles vésicaux avec pyurie s'ajoutent des douleurs rénales et urétérales on pense à une pyélo-néphrite. Mais il faut se garder d'incriminer d'emblée le coli-bacille et faire un minutieux examen des urines : « Il semble

dit RAVINA, que le diagnostic de pyélonéphrite dite gravidique soit porté trop facilement sur la constatation de pus dans les urines d'une femme enceinte ou récemment accouchée.

S'il est logique de penser que les pyélonéphrites sérieuses surviennent souvent sur des reins antérieurement lésés, s'il est logique d'autre part de penser qu'une pyélo-néphrite peut favoriser l'apparition à plus ou moins longue échéance d'une lithiase ou d'une tuberculose rénale, de telles affirmations ne peuvent être faites que par des examens bactériologiques sérieux et répétés ».

Quelques symptômes d'alarme permettent de penser à la nature tuberculeuse d'une pyélonéphrite. Quand le colibacille est en cause les troubles vésicaux sont transitoires. Il n'y a pas réduction de la capacité vésicale. Au contraire, l'apparition d'une cystalgie tenace, nocturne, au cours d'une pyélonéphrite soi-disant gravidique, est un signe d'alarme. L'intolérance vésicale marquée est un signe de certitude.

On se souviendra aussi que l'existence d'une pyélonéphrite d'origine intestinale n'exclut pas la possibilité d'une tuberculose rénale. « L'infection du rein chez une femme enceinte, écrit MARION dans son traité d'Orologie, frappe de temps en temps un rein antérieurement atteint et telle pyélonéphrite soi-disant de grossesse n'est parfois qu'une tuberculose rénale jusque là latente, infectée secondairement à l'occasion de la grossesse ». LEGUEU va même plus loin. « Les soi-disant pyélonéphrites de la grossesse, écrit-il, ne seraient présumons-nous que des infections secondaires venant compliquer une autre néphropathie ».

En cas d'hématuries, il faut pour établir le diagnostic, envisager toutes les causes possibles d'hématurie totale.

La lithiase urinaire sera facilement reconnue, bien que dans la tuberculose rénale on puisse trouver des douleurs à type de coliques néphrétiques ; le diagnostic se fera par la radiographie qui montrera dans la plupart des cas non seulement l'existence, mais encore la forme, le volume, le nombre et même la situation des calculs.

Le cancer des reins se différenciera de la tuberculose par ses hématuries insidieuses, spontanées, apparaissant le plus souvent sans aucune douleur : hématuries abondantes et noires se répétant capricieusement à intervalles plus ou moins éloignés. Le diagnostic sera facilité par la présence d'une tumeur rénale. Si celle-ci manque, l'examen des urines montrera l'absence de coli-bacilles dans le culot de centrifugation et permettra d'exclure l'origine infectieuse de l'hématurie.

On éliminera aussi la néphrite hématurique, les hématuries dues à une cystite aiguë, à des calculs vésicaux, à une tumeur ou à la rupture de varices vésicales. On pensera aux hémorragies d'origine colibacillaire qui s'accompagnent de douleurs variables allant de la simple pesanteur jusqu'aux crises paroxystiques. Les urines ont alors l'aspect de bouillon sale et le microscope fait découvrir de nombreux coli-bacilles.

Dans ces différents cas, il faudra donc faire un sérieux examen des urines après centrifugation. Mais la découverte du bacille de Koch, en assurant le diagnostic, ne peut cependant suffire. Il faut encore pouvoir indiquer le rein atteint et voir si son congénère est sain. En outre, si l'on n'a pas trouvé de bacilles dans l'urine, les lésions de cystite tuberculeuse sont assez caractéristiques pour éclairer le diagnostic.

Chez toute femme pyurique ou hématurique, dont l'urine contient ou non du coli-bacille, il faudra pratiquer trois examens :

- 1° Une cystoscopie ;
- 2° Un cathétérisme des uretères ;
- 3° Une radiographie.

La cystoscopie montrera souvent des lésions de cystite tuberculeuse bien décrites par MARION : « Granulations jaunes entourées d'une bordure rouge, isolées ou confluentes ; ulcérations : soit simple exulcération, la muqueuse ayant perdu son épithélium et apparaissant rouge, dépolie ; ou bien ulcération creusée à pic, à bords circinés, ou encore placée sur un plateau surélevé bordé de rouge. Enfin, il pourra exister une véritable perte de substance limitée par des bords décollés, parfois flottants. Plaque ecchymatique se présentant comme une petite plaque rouge vif, bien limitée, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes. Ces trois variétés de lésions peuvent n'avoir pas une valeur absolue si on les considère isolément. Elles en requièrent une considérable lorsqu'on les trouve associées. » On se souviendra que chez la femme la tuberculose vésicale est toujours secondaire à une lésion rénale. La cystoscopie permettra donc d'affirmer l'atteinte tuberculeuse rénale. Elle fera aussi préjuger du côté atteint par la prédominance des lésions au voisinage de l'uretère de ce côté.

Après avoir exploré la vessie on devra faire le cathétérisme des uretères pour recueillir séparément l'urine des deux reins. Cette manœuvre permettra de déceler l'insuffi-

sance sécrétoire du rein malade, alors que les urines recueillies du côté sain seront normales.

Et en admettant qu'il ne s'agisse pas de tuberculose rénale, cette manœuvre constitue une excellente méthode de traitement des pyélonéphrites en assurant le drainage du bassinet. Le rein atteint ne donnera pas forcément une urine trouble et il faudra refaire alors un examen histochimique des deux échantillons. Le dosage de l'urée et des chlorures montrera une diminution du côté malade.

L'épreuve de la phénol-sulfone phtaléïne permettra d'étudier l'élimination de chacun des deux reins. Elle permettra d'apprécier l'importance des lésions pour chaque rein et le degré de compensation dont est capable le rein sain.

Enfin, le dernier examen à pratiquer sera une radiographie de l'appareil urinaire. Les résultats dépendront du volume du rein et du degré d'altération de la substance rénale. Elle montrera soit des taches irrégulières dues à des calcifications, soit des taches arrondies à bords estompés, répondant à des cavernes. Les calcifications seront différenciées d'avec les calculs qui ont des contours plus nets et qui siègent dans les calices et le bassinet, tandis que les taches tuberculeuses siègent plutôt à la périphérie du rein.

L'examen radiographique après injection de Tenebryl ou d'Uroselectan sera particulièrement utile dans les cas où le cathétérisme est impossible. Grâce à cette pyélographie intra-veineuse, il n'y a plus lieu de provoquer l'avortement pour permettre l'examen urologique.

Jointe à l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléïne et à la constante d'Ambard, la radiographie permettra de détermi-

ner quel est le rein atteint et d'apprécier l'état de fonctionnement du rein sain.

Le diagnostic de tuberculose rénale, chez la femme enceinte, se fera donc par les moyens ordinaires. Mais il s'égare facilement. On en impute trop volontiers les symptômes à la pyélonéphrite gravidique. Il faut donc penser à l'examen complet et précoce de l'arbre urinaire, ce qui évitera les difficultés d'exploration par suite d'une présentation devenue gênante.

EVOLUTION

Trois grandes complications menacent la femme enceinte atteinte de tuberculose rénale :

C'est d'abord l'affaiblissement de l'état général.

Si, jusque vers le troisième mois, la tuberculose rénale évolue chez les femmes enceintes comme chez celles qui ne le sont pas, sous la forme d'une tuberculose localisée susceptible d'un traitement local, il n'en est plus de même ensuite. A partir de cette époque, les signes généraux, les symptômes d'imprégnation tuberculeuse apparaissent. Souvent la malade a de la température, fièvre à type hectique. Viennent ensuite les sueurs nocturnes. L'appétit diminue et la malade maigrit, perd ses forces et prend le faciès typique des tuberculeux. La mort surviendra au moment d'une poussée de granulie dans les suites de couches.

L'infection secondaire, la pyélonéphrite coli-bacillaire complique fréquemment la tuberculose renale au cours de la grossesse. Elle réchauffe la suppuration, la rend fétide. Elle met le rein en rétention, augmente son volume et donne de la température. La malade présente des accès de fièvre 39°, 40°, avec céphalée intense et frissons. La colibacillurie s'installe.

Cette complication peu grave en elle-même, ne modifie guère l'évolution de la tuberculose rénale; mais elle diminue la résistance du sujet et facilite l'action cachétisante de la tuberculose. Il est rare d'assister au cours de la grossesse

à la formation d'une pyo-néphrose pouvant se fistuliser dans la région lombaire ou amenant la constitution d'un phlegmon périnéphrétique.

Enfin, lorsque l'atteinte tuberculeuse n'est pas assez marquée pour amener des troubles de l'état général, la lésion rénale se traduit souvent par une auto-intoxication gravidique à type d'hépatonephrite.

A la pyurée vient s'ajouter l'albuminurie que l'on décèle très facilement après défécation des urines par l'ammoniaque. Mais ce signe habituellement prédominant de l'hépatonephrite passe ici au second plan. Le syndrome capital est constitué par l'hypertension, hypertension modérée portant particulièrement sur la maxima. A ces deux symptômes principaux s'ajoutent toute une série fonctionnels : Céphalée violente, douleurs au creux épigastrique (Barre épigastrique de Chaussier), somnolence, bourdonnements d'oreilles. Parfois même apparaît une surdité brusque et passagère. La vue est très souvent troublée. Certains malades se plaignent de brouillard devant les yeux, d'autres de mouches volantes, de cécité passagère.

Des œdèmes peuvent apparaître. Il s'agit alors d'œdèmes très marqués s'observant sur toute l'étendue du corps, mais principalement aux extrémités : Membres inférieurs, mains, face. Ils se déplacent suivant l'attitude de la malade, plus intenses au niveau des pieds à la fin de la journée, plus marqués à la face le matin.

Ces symptômes appellent toujours un traitement énergique immédiat, car ils sont prémonitoires d'accidents pouvant être extrêmement graves : Eclampsie et apoplexie utéro-placentaire. Une fois ces accidents déclenchés, on est amené à des opérations extrêmement choquantes, telles que

saignées abondantes, laparotomie, qu'une malade affaiblie par sa bacillose ne pourrait subir sans grand dommage.

On voit que la grossesse a influé sur la tuberculose rénale en l'aggravant ou en en révélant les symptômes, car la tuberculose rénale préexiste presque toujours à la grossesse. L'aggravation est souvent immédiate et se produit dans les premiers mois. Le milieu est généralement tolérable. La fin et l'accouchement donne le coup de fouet décisif. Dans toutes nos observations on trouve quelques petits signes avant le début de la grossesse : Léger amaigrissement, mictions un peu douloureuses. Il n'y a qu'une seule observation (VALLOIS et COLL DE CARRERA) où une tuberculose rénale évolua sans symptômes fonctionnels importants au cours d'une grossesse, et ne fut révélée qu'un mois après l'accouchement par une inoculation au cobaye. Encore s'agissait-il d'un rein restant après néphrectomie pour bacillose. Il semble qu'ici la grossesse ait joué un rôle dans le développement de cette lésion rénale. Peut-être le surmenage imposé au rein restant, la stase urinaire et la congestion rénale fréquente chez les femmes enceintes ont-elles favorisé le développement de la lésion constatée plus tard.

Si l'on ne peut affirmer qu'une néphro-tuberculose peut être créée de toutes pièces par la gravidité, il paraît assez fréquent que l'affection soit réveillée par la grossesse. Elle en reçoit un coup de fouet certain.

La femme enceinte n'est sans doute pas plus sensible qu'une autre à la tuberculose rénale ; mais la grossesse aggrave considérablement celle-ci. Et cela de deux façons : Elle modifie les conditions mécaniques du fonctionnement de l'appareil urinaire. L'utérus par l'étirement et l'applatissage des uretères favorise la stase des urines chargées

de bacilles. D'autre part, la grossesse modifie les conditions biologiques par le surmenage de tous les organes. Les vomissements du début amènent un état de dénutrition très préjudiciable à la malade.

L'élimination des toxines gravidiques surcharge de travail les reins déjà atteints. La décalcification de l'organisme au cours de la grossesse favorise l'évolution de la tuberculose.

Mais la gravidité agit surtout en déterminant un état d'anergie tuberculinique analogue à celui produit par les maladies infectieuses, telles que la rougeole ou la grippe. Cet état d'anergie, c'est-à-dire la perte de la résistance particulière consécutive à une première infection, à une existence réelle au cours de la grossesse et peut être suivi par des tuberculino-réactions. Lorsque l'individu ne réagit plus à la tuberculine, c'est qu'il est en état de moindre résistance, en état d'anergie. Or, au cours de la grossesse et surtout à partir du septième mois, la femme ne réagit plus à la tuberculine. On comprend donc que la défaillance des processus de défense de l'organisme favorise la reprise évolutive de la maladie et son aggravation. Cette anergie serait due à une défaillance des organes chargés de la défense contre l'infection. Elle existe chez la plupart des femmes enceintes, même bien portantes ; mais là elle est relative et reste ignorée si aucune maladie intercurrente ne vient la révéler.

La tuberculose rénale aura également une influence sur la grossesse. Parfois la durée de la gestation est un peu diminuée et l'interruption est alors due aux lésions placentaires : Hémorragies, infarctus.

L'accouchement et les suites de couches ne sont nulle-

ment influencés par l'évolution concomitante d'une tuberculose rénale.

Quel sera alors le pronostic ?

Nous avons vu l'action néfaste de la grossesse sur la bacillose. L'aggravation se fait parfois au début, mais c'est surtout dans les derniers mois qu'elle se manifeste, dès l'accouchement ou à l'occasion d'un avortement. Elle relève le plus souvent d'une association microbienne qui réchauffe le processus tuberculeux.

Les femmes enceintes atteintes de tuberculose rénale ont ainsi un pronostic sombre si elles ne sont pas opérées. Et cependant les cas mortels au cours même de la grossesse sont assez rares.

CONDUITE A TENIR

Lorsque le diagnostic de tuberculose rénale aura été posé et que les divers examens auront permis de localiser la lésion, quelle sera la conduite à tenir ?

Deux cas très différents sont à envisager :

Ou bien la grossesse est à son début et aucun accident n'est à redouter.

Ou bien on est près du terme et la femme est menacée d'accidents graves.

Dans le premier cas, l'intervention doit avoir pour but de permettre l'évolution de la grossesse et de faciliter le travail du rein restant. La néphrectomie répond parfaitement à ces conditions. On ne s'attardera pas à essayer un traitement médical qui, d'après LEGUEU et CHEVASSU n'a pas encore fait ses preuves. Les prétendues guérisons ne sont, d'après eux, que de simples remissions. L'essai du traitement médical, non seulement n'enraie pas la maladie, mais est funeste à la malade, car malgré lui les lésions continuent à évoluer et à progresser.

La néphrectomie s'impose d'emblée. Elle constitue une mutilation inoffensive « qui facilite l'élimination rénale en faisant rétrocéder les lésions commençantes du côté sain et en évitant à celui-ci le travail supplémentaire d'élimination des toxines tuberculeuses ». (Léon BERNARD et HEITZ-BOYER).

Cette intervention doit reposer sur un diagnostic précis de

l'affection et du côté atteint. D'autre part, les lésions doivent être unilatérales.

La voie choisie et la technique opératoire seront les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

Le pronostic opératoire pour la mère et pour l'enfant est bon.

Du côté maternel et au point de vue vital les risques ne sont guère plus élevés que chez la non-gestante. La mortalité éloignée serait de 16 pour 100. Par contre, l'enfant est compromis dans 25 pour 100 des cas du fait de l'opération. Mais cette perspective ne saurait faire retarder une opération qui s'impose. Il est évident qu'une intervention de l'importance d'une néphrectomie risque d'amener un avortement dans les jours qui suivent.

C'est un risque qu'il faut courir. Si, en effet, on compare le peu de gravité d'un avortement bien surveillé et bien traité avec la gravité parfois énorme d'une tuberculose rénale évoluant pendant cinq ou six mois et à laquelle la grossesse donne un coup de fouet, il n'y a pas à hésiter. Nous savons, en outre, que la femme une fois débarrassée de son rein et bien guérie, peut avoir sans danger de nouvelles grossesses qui iront à terme et donneront des enfants bien portants.

Jusqu'au sixième mois de la grossesse, la conduite à tenir est donc nettement indiquée : Toute tuberculose rénale est justiciable de la néphrectomie immédiate.

A partir du septième mois, il devient plus difficile de dégager des indications formelles. Sans doute, la néphrectomie doit être pratiquée le plus tôt possible, mais à ce moment on peut mettre en parallèle la vie de la mère et celle de l'enfant. L'aggravation que subira la tuberculose rénale

durant un mois ou deux ne sera pas telle que le pronostic soit modifié. On doit alors s'efforcer de mener la grossesse à terme, afin d'obtenir un enfant bien constitué, ce qui est le cas général lorsque la tuberculose ne se complique pas. Par contre, l'auto-intoxication gravidique menace de déterminer des accidents graves ou bien lorsque l'état général de la mère est très atteint, il faut de toute nécessité interrompre la grossesse, d'autant plus qu'à cette période on a quelques chances de voir l'enfant survivre.

On peut le faire de deux façons : Soit en pratiquant un accouchement prématuré, provoqué à l'aide de la sonde de Kraüse ou du ballon de Champetier de Ribbes ; soit en pratiquant une césarienne.

L'accouchement prématuré est une méthode défectueuse, surtout chez les primipares. Elle est pénible pour la femme dont le travail se déclenche parfois difficilement et traîne en longueur. Elle donne de mauvais résultats pour l'enfant qui risque de souffrir de la longueur du travail et que l'on est parfois obligé d'extraire au forceps. D'où compression d'une tête mal ossifiée risquant de déterminer l'enfoncement des os du crâne ou une hémorragie méningée.

La césarienne, au contraire, est l'opération qui ménage le plus les forces de la mère et l'intégrité de l'enfant. La césarienne supra-symphisaire, opération rapide, peu choquante, pouvant même se faire sous anesthésie locale, quand la malade est très intoxiquée, semble l'intervention de choix.

Enfin, dans les cas de tuberculose bilatérale des reins, compliquée de grossesse, on pourra intervenir sur le rein le plus atteint, mais souvent, en fin de gestation surtout, on devra recourir aux moyens médicaux.

Faut-il permettre à ces néphrectomisées d'allaiter leur enfant ?

Parmi les observations recueillies, dans tous les cas où l'allaitement au sein a été mentionné, on n'a jamais signalé d'altération de l'état général. Nous pensons donc que la femme peut allaiter sans risques. En cas de doute on pourra recourir à l'allaitement mixte.

Mais si après l'accouchement la tuberculose rénale continue à évoluer, on interdira évidemment à la femme de nourrir et on prendra pour l'enfant toutes les précautions habituelles : B C G, éloignement du milieu contaminé.

CONCLUSIONS

I. — Toute femme enceinte, qui se présente avec cystalgie, pyurie ou hématurie, sera toujours soumise à un examen sérieux de l'appareil urinaire :

Examen physico-chimique et bactériologique des urines ;

Cystoscopie et séparation des urines ;

Radiographie.

II. — On ne s'arrêtera au diagnostic de pyélonéphrite gravidique que lorsque des examens répétés des urines centrifugées auront montré l'absence de bacilles de Koch et que les autres examens auront été négatifs

III. — Toute tuberculose rénale diagnostiquée avant le cinquième mois de la grossesse est justiciable de la néphrectomie à condition que le rein restant soit sain et que l'état général soit bon.

IV. — Après le sixième mois on tâchera de mener la grossesse à terme et on pourra pratiquer un accouchement prématuré ou mieux une césarienne si l'auto-intoxication gravidique survient.

V. — L'allaitement sera permis aux néphrectomisées précoces, dont l'état général est bon.

AVENIR DES NEPHRECTOMISÉES POUR TUBERCULOSE RENALE

Examinons maintenant les cas où la grossesse survient chez une femme qui a subi l'ablation du rein pour tuberculose rénale.

Cette étude n'est pas nouvelle. En 1905, le Professeur POUSSEON rapportait l'observation d'une femme néphrectomisée trois ans auparavant, qui mena une grossesse à terme et eut un enfant bien portant qu'elle put nourrir pendant huit mois. Elle se plaça ensuite comme nourrice pendant six mois et son état général resta parfait.

La plupart des observations tendent à prouver qu'une néphrectomisée pour bacillose peut très bien faire les frais d'une grossesse et de l'accouchement sans le moindre incident. En 1913, le Professeur POUSSEON écrivait dans le journal d'*Urologie* : « Après néphrectomie les grossesses évoluent normalement et ne sont nullement influencées, l'allaitement n'est en rien gêné. »

En effet, si le rein d'une néphrectomisée suffit à assurer à lui seul la fonction urinaire dans les conditions normales, pourquoi n'en serait-il pas de même pendant la gestation ? Celle-ci n'entraîne que peu de modifications anatomiques ou fonctionnelles au niveau du rein.

Au point de vue anatomique, on trouve une infiltration graisseuse non seulement dans les cellules épithéliales et dans l'intérieur des cavités tubulaires, mais encore dans les

vaisseaux. Il y aurait élimination de graisse par l'épithélium rénal, phénomène qui paraît être un processus physiologique à l'état gravidique.

La quantité d'urine est en général augmentée, augmentation résultant de l'hydrémie gravidique. La densité diminue à la fin de la gestation. Ce fait est en rapport avec une élimination d'eau plus abondante et avec une diminution de l'extrait sec, par suite d'une déviation de l'azote et des sels vers le fœtus et vers les réserves maternelles. Au fur et à mesure que la grossesse avance, l'azote total diminue. Mais il n'y a pas d'accumulation d'urée dans le sang, donc pas de modification de la perméabilité rénale qui reste normale vis-à-vis des chlorures.

Le rein de la femme enceinte ne semble pas estreint à un travail plus considérable que celui de la non gestante. L'analyse des urines montre qu'en période de grossesse le taux d'élimination de l'urée, des chlorures, des phosphates et celui de l'acide urique restent normaux. Le bleu de méthylène s'élimine avec la même vitesse et dans les mêmes conditions que normalement.

Après néphrectomie, le rein restant subit diverses modifications. Elles n'ont pas été étudiées pendant la grossesse, mais rien ne permet de supposer que les choses se passent autrement qu'en dehors de cet état physiologique.

Il y a une hypertrophie compensatrice qui ne fait jamais défaut, aussi bien chez les malades néphrectomisés que chez les animaux d'expérience. TUFFIER a montré qu'au bout de vingt à vingt-cinq jours, le poids d'un rein restant s'élève de un cinquième à un sixième.

Certaines observations de sujets revus après néphrectomie mentionnent que le rein restant est sensiblement plus

gros qu'un rein normal, qu'il est perceptible à la palpation et déborde des fausses côtes.

L'examen des coupes histologiques au niveau d'un rein hypertrophié montre un énorme développement de glomérules tapissés de cellules épithéliales à multiples assises. Les tubes contournés sont également très dilatés et leur épithélium très hypertrophié.

De nombreuses observations montrent que la néphrectomie, en restreignant le champ de la dépuration sanguine, ne compromet cependant pas l'évolution de la grossesse et de son fruit. C'est que l'organisme met en œuvre, pour se débarrasser de ses poisons, divers procédés :

Il détruit les poisons par l'intestin, le foie, les ganglions.

Il les élimine par le rein, l'intestin, la peau, le poumon.

Le foie, surtout, grâce à la quantité de glycogène emmagasinée pendant la gestation pour être à même de pourvoir à la production de glucose exigé par la lactation, devient un merveilleux destructeur de toxines

D'autre part, grâce à l'hypertrophie du rein restant, l'élimination se fait dans des conditions presque aussi bonnes que chez le sujet normal.

Que devient d'autre part le rein opposé quand son congénère est atteint de tuberculose ? Dans les trois quarts des cas la tuberculose est localisée à un seul rein. ALBARRAN a bien mis en évidence cette unilatéralité.

Or, l'intoxication gravidique prend un caractère de grande nocivité surtout lorsqu'elle frappe un rein antérieurement lésé. La néphrectomie supprime donc le foyer tuberculeux et soustrait le rein sain à une cause permanente d'irritation capable de favoriser l'éclosion d'accidents graves au cours de la gestation. Elle est pour la femme en-

ceinte une mesure de saine prophylaxie contre les accidents dangereux pour elle et pour l'œuf.

Evolution de la grossesse dans ces conditions

Les observations montrent que chez les néphrectomisées, l'évolution de la grossesse est normale à condition que le rein restant soit indemne de toute lésion bacillaire.

Quelques malades ont présenté cependant une albuminurie légère et transitoire, rapidement disparue sous l'influence du régime lacté. D'autres ont gardé une vessie irritable.

En 1922, le Professeur FAVREAU présentait à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux l'observation d'une malade néphrectomisée un an auparavant et qui présenta au cinquième mois de sa grossesse une pyélonéphrite sévère, avec douleur violente au niveau du rein, fièvre et trouble urinaire à tel point qu'on pensa un moment à provoquer l'avortement. Grâce au régime lacté tout rentra dans l'ordre et la maladie évolua comme chez une femme possédant ses deux reins.

Ainsi le rein unique, grâce à l'hypertrophie compensatrice, se défend presque aussi bien que l'ensemble des deux organes.

Nous savons aussi que l'intoxication gravidique devient très grave lorsqu'elle touche un rein antérieurement lésé. Or, lorsque la néphrectomie est effectuée dans de bonnes conditions, le diagnostic ayant été posé assez tôt, le rein restant est indemne, et la grossesse évolue normalement ou du moins sans que l'éclosion d'accidents graves soit favori-

sée par l'état rénal. Dans toutes nos observations où des accidents graves se sont produits, il s'agissait de tuberculose rénale opérée tardivement ou de cas dans lesquels il existait une tuberculose d'autres organes.

Le Travail s'effectue dans les mêmes conditions que normalement sans complications particulières pour le rein restant. On remarque cependant une recrudescence des troubles provoqués par la gestation, pyélonéphrite et toxémie gravidique. Mais ces troubles ne présentent pas de caractères particuliers dus à l'état anatomique.

La néphrectomisée peut-elle allaiter ?

Dans tous les cas où l'allaitement est noté, on n'enregistre pas de troubles spéciaux. La femme peut donc allaiter à condition que l'état général étant florissant, le rein restant indemne de toute lésion fonctionne bien.

Doit-on autoriser le mariage ?

Le docteur POUSSON distingue trois cas :

1° Le rein restant fonctionne intégralement : mariage et procréation sont permis ;

2° La sécrétion urinaire est troublée quantitativement et qualitativement. L'autorisation ne sera donnée qu'après examen répété des urines, qui auront montré une amélioration notable de l'excrétion et l'absence de bacilles de Koch ;

3° Les urines restant profondément altérées, avec présence de bacilles, on doit interdire mariage et procréation.

Dans tous les cas, on surveillera la malade en recommandant une hygiène sévère de l'alimentation; on supprimera les boissons alcoolisées afin d'épargner au maximum le travail du rein.

En cas de complication, on agira avec prudence et on n'hésitera pas à provoquer l'accouchement avant terme si l'indication nette est posée.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Professeur ANDRÉ

Bulletin de la Soc. d'Obs. et Gynécologie

(Janvier 1927)

Madame M..., 22 ans, mariée il y a trois mois, est devenue tout de suite enceinte. Elle a toujours joui d'une bonne santé habituelle. Aucun antécédent bacillaire, ni chez elle, ni chez ses parents.

Un mois avant son mariage, elle se sentait fatiguée, avait maigri. Elle avait remarqué alors que ses urines étaient troubles, sans toutefois rien ressentir.

Huit à dix jours après le mariage, elle fut prise de phénomènes de cystite avec mictions fréquentes et douloureuses, toutes les deux heures le jour, une fois la nuit. Pas d'hématurie. On pense à une cystite d'origine génitale et on la traite comme telle. Quelques instillations de nitrate d'argent restent sans résultat.

L'examen microscopique des urines montre la présence de pus et de bacilles de Koch.

La division des urines montre : A gauche : du pus et des B.K. Rien à droite.

Le rein gauche fonctionne moins bien. Urée : Rein gauche, 10 gr. 51 ; Rein droit, 14 gr. Constante, 0,075.

On décide la néphrectomie, qui est pratiquée le 15 juillet 1926.

Suites normales. La grossesse évolue jusqu'au septième mois. A ce moment la malade entre à la Maternité, où elle

accouche prématurément par suite d'une présentation de l'épaule avec procédence du cordon. L'enfant meurt pendant l'accouchement.

OBSERVATION II

RAVINA

Madame G..., III pare, traitée pour pyélonéphrite par des vaccins anti-colibacillaires. L'examen cyto-bactériologique des urines révèle une pyurie sans microbes. La cystoscopie et le cathétérisme des uretères permettent de localiser la tuberculose sur le rein gauche.

Nephrectomie au quatrième mois. Suites normales.

L'enfant pèse 3 k. 500. L'allaitement est permis.

OBSERVATION III

Professeur GRAISON

Madame T..., 25 ans. Les accidents débutent en mai 1919, à la suite d'un avortement provoqué.

Vue le 20 février 1920. Tuberculose rénale gauche. Enceinte de un mois environ. Nephrectomie, le 15 avril 1920, au troisième mois de la grossesse. Guérison par primam, le 5 mai.

La grossesse continua d'évoluer sans incidents. Accouchement à terme d'un enfant normal.

OBSERVATION IV

Docteur PILLET

Association Française d'Urologie, 1909

Madame X..., 23 ans. Mère morte de tuberculose pulmonaire. A eu, en 1907, une grossesse normale avec enfant vivant, encore bien portant.

En 1909, début d'une seconde grossesse. Néphro-urétérectomie à 5 mois 1/2.

Guérison. La grossesse évolua normalement. Accouchement d'un enfant de 3 kgs 750.

OBSERVATION V

ISRAEL

Archives f. Klin. Chir. (Berlin 1894)

Femme âgée de 20 ans. Néphrectomie gauche, le 8 juillet 1893. Enceinte de quatre mois et demi. Le rein est enlevé par morcellement, contenant une quantité de pus fétide et crémeux. Guérison en trois et demi.

La malade quitte l'hôpital, le 16 octobre 1893, en bonne santé. Elle accouche à terme, le 27 novembre, d'un enfant normal et bien portant.

OBSERVATION VI

Professeur HARTMANN

Femme de 34 ans. Néphrectomie pour tuberculose, le 28 janvier 1894, au troisième mois d'une grossesse. Accouchement à terme sans incidents.

En 1896, nouvelle grossesse et accouchement à terme.

OBSERVATION VII

R. DUPONT et V. MIRACHI

Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1931

Madame L..., enceinte de 8 mois 1/2, âgée de 35 ans, est soignée pour volumineuse tumeur latéro-abdominale droite. La malade n'aurait constaté l'existence de cette masse que depuis deux semaines. Elle aurait eu auparavant de la pollakiurie diurne et nocturne dès le deuxième mois de la gestation. A ce moment, les urines devenues troubles contenaient de l'albumine qui était évidemment du pus.

Au cinquième mois surviennent des douleurs lombaires et abdominales. Les troubles vésicaux s'accroissent. Six semaines avant l'examen la malade se plaignait de constipation accompagnée d'oligurie et même d'anurie, suivie de débâcles intestinales et urinaires.

A l'examen, on trouve une tuméfaction qui occupe tout le flanc droit. Cette tuméfaction est plus abdominale que lombaire. Il n'y a pas contact lombaire. Etat général très grave. Température 40°. Pouls filant à 120.

En raison de l'imminence du terme, on pratique un accouchement prématuré. La température reste élevée le lendemain. Pouls à 130 et oligurie marquée. On tente un cathétérisme de l'uretère droit, sans réussir par suite d'intolérance vésicale.

On constate l'intégrité de presque toute la vessie y compris celle du trigone et des méats urétéraux. Sur la paroi latérale droite existent quelques ulcérations polycycliques à fond rouge, parsemées de bandes blanches. Aucune ulcération vraie. Pas de granulations ou de lésions caractéristiques.

Cependant, l'examen bactériologique ne met pas de germes en évidence.

La cystoscopie ayant démontré que le rein droit est exclus et la tuméfaction se rapportant très vraisemblablement à

celui-ci, une néphrectomie est tentée, qui fait découvrir une volumineuse poche pyo-néphrétique.

L'examen du pus ne révèle pas de microbe, mais l'étude histologique de la poche montre une tuberculose caractéristique.

L'opération fut très bien supportée. La température tomba, les urines redevinrent normales, abondantes et claires, puis la température remonta. Le ventre augmenta de volume et la malade sembla faire une péritonite à forme ascitique tuberculeuse.

OBSERVATION VIII

Professeur FAVREAU

Madame C..., Madeleine, actuellement âgée de 24 ans, enceinte pour la première fois, a eu ses dernières règles du 10 au 17 février 1932. Elle est ouvrière dévideuse dans une usine.

Elle nous a été adressée, le 15 octobre, par le Docteur GODIN et Mademoiselle DEVINCK, maîtresse sage-femme à la Maternité de Linselles.

Ses parents sont vivants et se portent bien. Son mari est homme de peine et jouit d'une excellente santé.

Elle a été élevée en nourrice et ne peut donner aucune précision sur son mode d'allaitement, ni sur ses premiers pas.

Ses premières règles ont paru à 16 ans, avec le rythme régulier 28/6. Elle aurait quelques pertes blanches peu accusées, quelques jours avant les règles.

Les seuls antécédents pathologiques de son enfance, qui l'aient frappée, sont de vives douleurs abdominales, habituellement soulagées par de grands cataplasmes. Elle montre à ce propos une vaste cicatrice de brûlure, siégeant entre l'ombilic et le symphyse pubienne.

Un an avant sa grossesse, elle remarqua de temps en

temps une coloration brunâtre, jus de pruneau, de ses urines. Elle ressentait alors des brûlures au moment de la miction, surtout trois jours avant et pendant les règles.

Les mictions n'étaient d'ailleurs pas fréquentes à cette époque.

C'est vers la fin du premier mois de sa grossesse que les mictions devinrent de plus en plus fréquentes : « Je pissais toutes les cinq minutes, peut-être quelquefois sans le vouloir, mais en tout cas c'était toujours douloureux », dit-elle.

Cette fréquence des mictions douloureuses a duré jusque vers le sixième mois ; à son entrée dans le service (presque 8 mois), elle urinait deux ou trois fois par vingt-quatre heures et peu ; mais quinze jours plus tard, elle urine plus fréquemment et plus abondamment, toujours sans douleur.

C'est au cours du quatrième mois qu'elle consulta, pour la première fois, le 6 juin, se plaignant de céphalées fréquentes et de vomissements, qui datent du premier mois. (Les vomissements ont duré jusque 7 mois).

Une analyse d'urine décèle alors la présence d'albumine, fait important, et au mois de juillet, on y trouve du sang et des bacilles de Koch.

La malade est alors adressée au Professeur LEPOUTRE, qui propose de faire un cathétérisme des uretères. Elle refuse absolument de suivre ce conseil.

A sa céphalée, qui est de plus en plus violente, s'ajoutent d'autres symptômes classiques d'auto-intoxication : « J'ai des papillons noirs devant les yeux, cela me gêne beaucoup ; j'ai aussi une douleur tenace dans l'estomac, comme une barre, et ceci depuis le 1^{er} octobre ; j'ai aussi des douleurs dans les reins (comprenez dans les lombes), elles se propagent de temps en temps de part et d'autre jusque dans mon bas-ventre et en ceinture. Regardez mes jambes, mes pieds sont énormes ; je dors très mal. »

En la découvrant, nous trouvons un œdème considérable des membres inférieurs, des grandes et des petites lèvres.

Son facies n'est pas bouffi ; elle met et enlève son alliance parfaitement comme auparavant.

Sa tension artérielle est de 11-17 au Pachon.

Cette femme, qui est plutôt de petite taille, a des signes frustes de rachitisme au niveau des membres inférieurs et du thorax.

L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien de particulier.

L'examen de l'abdomen donne une hauteur utérine de 29, avec un fœtus bien développé, tête en bas mobile, dos à gauche. L'utérus n'est pas tendu, ni particulièrement contracté.

Au toucher, le promontoire est accessible loin.

Le palper des reins nous révèle une certaine sensibilité à droite.

Les urines contiennent du bacille de Koch en amas, six grammes d'albumine, pas de sucre.

Nous instituons pendant 48 heures un régime hydrique sévère, avec laxatifs quotidiens, qui contribuent à assurer le bon fonctionnement intestinal pendant son séjour à la Maternité.

Ce régime hydrique de 48 heures est alterné avec une alimentation fruito-végétarienne peu chlorurée et des prises de lait en petite quantité pendant trois jours sur cinq.

Le 19 octobre, quatre jours après son entrée dans le service, sa tension étant aussi forte, 11-17, et les autres symptômes plus prononcés, nous lui faisons une saignée de 200 cc.

La tension artérielle ne varie pas, mais la céphalée est moins violente et les troubles de la vue moins accusés, la barre épigastrique disparaît, la malade urine davantage. Ce mieux ne dure pas, et nous sommes obligés de lui faire une nouvelle saignée de 180 cc., le 27 octobre.

L'examen du sang donne : Azotémie, 0,40 ; Cholestérinémie, 2 gr. 60 ; Indice de polypeptidémie, 0,05 ; Sérum, globuline, 78.

Après une amélioration passagère et une recrudescence des troubles, le 2 novembre, trouvant une tension artérielle de

11-18 avec douleurs exagérées et contractions utérines douloureuses, nous décidons d'intervenir. Une césarienne basse pratiquée à 13 heures. Nous extrayons un enfant vivant de trois kilos.

L'utérus se contracte bien. Aucun incident opératoire à signaler.

Peu à peu l'œdème des lèvres a diminué pour disparaître le 6. Celui des membres inférieurs a considérablement diminué. Actuellement la tension artérielle est de 8-13. La plaie opératoire est cicatrisée.

La température, qui a toujours été de 36° 5 à 37° avant l'intervention, a fait une légère ascension autour de 38° pour monter à 39° le quatrième jour. A partir du 10^e jour, elle est redescendue définitivement à 36°5-37°.

Aucune médication n'a été faite, si ce n'est station assise dans le lit, ventousés, sinapismes pour quelques râles aux bases avec toux, qui ont duré une huitaine de jours.

Du B. C. G. a été donné à l'enfant et nous nous sommes opposés à l'allaitement au sein maternel.

OBSERVATION IX

RAVINA

Mme Ch... IV pare, est au huitième mois de sa grossesse et consulte pour tuberculose rénale. Elle présente en outre des signes d'angine de poitrine avec une tension artérielle de 12-23. Le cathétérisme urétéral est impossible. L'état général est très atteint. Accouchement prématuré provoqué par mise en place d'un ballon après rupture des membranes. Délivrance assez hémorragique suivie de couches fébriles (38° 39°). L'enfant pèse 2 kg. 700. Il reçoit du B. C. G. et se développe normalement. Quinze jours après l'accouchement néphrectomie gauche, le cathétérisme des uretères ayant localisé de ce côté l'atteinte rénale.

OBSERVATION X

RAVINA

Mme Br.... Il pare. Accouchement au terme de 7 mois et demi environ. Deux jours après l'accouchement la malade est amenée à la Maternité. Elle est très fatiguée et présente de la pollakiurie diurne et nocturne. Tout le trajet urétéral est douloureux. Les urines sont purulentes sans que l'on puisse y révéler de microbes. La quantité d'urines par 24 heures ne dépasse pas 1000 gr. La malade meurt huit jours après, d'une volumineuse pyonéphrose. L'enfant a vécu, mais est resté débile.

OBSERVATION XI

FRUHINSHOLZ ET ANDRÉ

Mme F... entre à la Maternité au sixième mois de sa grossesse pour pyelonéphrite gravidique. Elle a mauvaise mine, des douleurs lombaires continues, des urines purulentes dont la quantité ne dépasse pas 700 gr. par 24 heures. Son utérus est en tension constante. On recourt à l'accouchement provoqué par la sonde de Krause. L'enfant pèse 1.500 gr. mais ne tarde pas à succomber. Une amélioration temporaire est constatée. On pratique une cystoscopie et un cathétérisme urétéral. Une néphrectomie droite est effectuée. La malade meurt huit jours après de manifestations gravidiques.

OBSERVATION XII

Professeur FAVREAU

Primipare de 24 ans, enceinte de sept mois, vient nous consulter le 11 février 1922, adressée par notre collègue le D^r LOUMEAU.

Nourrie au biberon, elle a fait ses premiers pas de bonne heure. Son enfance fut très malade. Elle se souvient d'avoir eu de l'albuminurie pendant un laps de temps et à une époque qu'elle ne peut préciser.

Après l'évolution pénible et longue de la bacilliose du rein gauche, elle subit l'ablation, le 8 juin 1920, par le Professeur GASSET.

Depuis, son état général fut satisfaisant.

Règlée régulièrement dès l'âge de quatorze ans, pendant cinq à six jours elle présenta une leucorrhée abondante vers le deuxième mois de la gestation, avec vaginite intense.

Les dernières règles datent du 1^{er} au 6 juillet 1921. Au mois de décembre, donc au cinquième mois de la grossesse, elle fut prise d'une douleur violente au niveau du rein, avec fièvre et trouble urinaire. Il fut même question d'avortement provoqué, mais tout rentra dans l'ordre, sauf le trouble des urines qui persista.

Au moment de l'examen, le 11 février 1922 : la malade entre dans le huitième mois. Son état général est satisfaisant ; pas d'élévation de température, pas d'accélération du pouls. Nous ne retenons rien de l'examen du cœur, des poumons et des autres organes.

La palpation, le contact lombaire ne sont pas douloureux, mais la malade se plaint de souffrir spontanément, assez souvent de son sein.

Pas d'augmentation de volume perceptible, pas de sensibilité de la vessie, ni de gêne à la miction.

L'analyse des urines nous donne pour les 24 heures :

Volume, 1700 cc. ; aspect trouble ; sédiment abondant ; réaction faiblement acide ; glycose, néant ; urée, 19,12 ; chlorures, 9,09 ; phosphates, 3,91 ; albumine, 0,02.

Examen microscopique : Par centrifugation, on obtient un dépôt abondant, purulent. Outre les très nombreux leucocytes, plus ou moins altérés que contient ce dépôt, on trouve quelques globules rouges, quelques cellules épithéliales des voies génito-urinaires, quelques cristaux d'acide urique.

Présence d'une quantité énorme de bactérium coli, utile à signaler bien que l'urine n'ait pas été aseptiquement recueillie.

Nous avons affaire à une de ces formes torpides de pyélonéphrites, évoluant sans grand fracas chez une gestante au régime lacto-fruito-végétarien, qui épargnait son rein au maximum.

La surveillance du bon fonctionnement intestinal et la désinfection par les ferments lactiques fut instituée.

Quant au rein, nous crûmes sage de ne pas trop le tracasser ; pendant cinq jours, la malade prit 1 gr. 50 d'urotropine per os par vingt-quatre heures.

La grossesse suivit son cours sans modification du côté des organes malades, ni des urines. Il n'en fut pas de même après l'accouchement.

Le travail débuta le 2 avril, vers midi. L'évolution de l'accouchement fut physiologique. A noter une douleur sourde, d'intensité variable du côté gauche, dans les parties profondes, au niveau de la zone de cicatrisation.

A 22 h. 15, expulsion d'un enfant mâle, de 3 kg 335.

La délivrance se produisit 45 minutes après. Placenta et membranes étaient complets.

Immédiatement après l'accouchement, la malade commença à se plaindre de son rein. Les douleurs allèrent en augmentant, à un tel point qu'on dut employer la morphine par voie sous-cutanée. Le calme revint peu à peu.

Le lendemain, les urines étaient très troubles, et les jours suivants nous assistâmes à l'évolution vers le mieux de cette crise aiguë paroxystique de pyélonéphrite.

La température axillaire oscilla de 36°5 le matin à 38°2 le soir, et décrut peu à peu pour être normale le sixième jour.

Les urines reprirent l'aspect légèrement trouble qu'elles avaient auparavant.

L'analyse est presque identique à la précédente, sauf pour l'excrétion de l'urée, 23,08 ; chlorures, 17,10 ; phosphates, 2,38.

De même la présence exagérée de coli-bacilles n'est plus signalée.

La régression utérine évolua physiologiquement. La malade est bien. Elle s'est levée le vingtième jour. Elle nourrit son bébé pendant quatre mois.

Après l'avis des accoucheurs de Bordeaux, M. le Professeur FAVREAU suspend l'allaitement au sein.

Actuellement, en décembre 1922, cette jeune femme est enceinte, de cinq mois environ, pour la seconde fois. La grossesse évolue jusqu'à ce jour sans incident.

OBSERVATION XIII

Professeur ANDERODIAS

Résumé

Madame L..., 34 ans. Néphrectomie du rein gauche pour tuberculose, à 31 ans, en 1917.

Première grossesse à 20 ans. Accouchement prématuré à huit mois, d'un enfant mort.

Deuxième grossesse à 22 ans. Accouchement à terme d'une fille bien portante, nourrie au sein.

Troisième grossesse actuelle. Dernières règles du 11 au 15 août 1919.

Mictions fréquentes, douloureuses, sensation de brûlures avant et pendant la grossesse.

Durant la grossesse : Urines rougeâtres d'aspect louche, avec sédiment abondant.

Urée, 19,10 ; chlorures, 3. Grande quantité d'albumine (sang).

Quelques coli-bacilles. Pas de B. K.

La miction devient plus douloureuse, en mai 1920. L'urine est trouble, renferme de l'albumine, de nombreux hématies.

On met la malade au régime lacté-urotropine.

Elle accouche, le 2 juin 1920, d'un enfant de 2 kg 980. Accouchement et délivrance normale.

Les phénomènes douloureux localisés dans la région lombaire droite durant la grossesse disparaissent.

La malade allaite son enfant. En octobre 1920, elle se porte bien.

OBSERVATION XIV

BRINDEAU, DE BEAUFOND, Pierre CARTIER et POUGIN.

Bulletin de l'Académie de Médecine

(25 mars 1930)

Il s'agit d'une secondipare de 24 ans, qui vient consulter au mois d'août 1929, à la Clinique Tarnier, pour quelques douleurs lombaires gauches avec pyurie.

Scarlatine à l'âge de 5 ans. Albuminurie intermittente constatée pour la première fois à l'âge de 18 ans et ayant résisté depuis lors à tous les traitements.

Depuis deux ans, polyurie et pollakiurie indolore (5 à 6 mictions le jour, 2 la nuit), altération progressive de l'état général.

Première grossesse il y a 5 ans, ayant évolué parfaitement. Accouchement à terme normal. Allaitement maternel. Enfant mort à 11 ans de broncho-pneumonie.

La grossesse actuelle a débuté vers la mi-juin 1929. Les deux premiers mois se sont passés sans incident. La polyurie et la pollakiurie avaient gardé leurs caractères et l'aspect des urines n'avaient pas attiré l'attention quand, brutalement, le 15 août 1929, la malade fut prise de douleurs lombaires gauches avec frissons et élévation thermique: 39°-40°. Les urines deviennent alors très troubles. La crise dura une huitaine de jours, puis la malade reprit ses occupations, gardant toutefois un endolorissement lombaire gauche, des urines troubles et un état subfébrile autour de 38°.

Une deuxième crise aiguë s'étant déclarée fin septembre 1929, la malade est vue à la Clinique Tarnier. Elle se présente à nous avec un état général très médiocre. Les urines franchement purulentes, contiennent du coli-bacille et du streptocoque en abondance, mais l'examen clinique faisant penser à la tuberculose, une recherche minutieuse permet de déceler quelques bacilles, qui confirment le diagnostic de tuberculose rénale avec infection secondaire.

La capacité vesicale est très réduite : 70 cc, que la malade laisse échapper à plusieurs reprises, s'opposant ainsi à un premier examen, le 16 octobre 1929.

Quelques installations d'huile gommenolée, pratiquées les jours suivants, rendent possible, dans cette vessie très altérée, un cathétérisme bilatéral des uretères, le 24 octobre 1929.

La sonde droite donne des urines transparentes, très calcaires, dont la concentration uréique est de 23 grammes.

De la sonde gauche, montée jusqu'au bassinnet, s'écoule du pus pur. La sécrétion uréique de ce rein est nulle.

La recherche de l'azotémie, pratiquée le 23 octobre 1929, est de 0 gr. 625, et le sérum sanguin est très chargé en pigments biliaires.

Température entre 38°-39°. La tuméfaction rénale volumineuse descend dans la fosse iliaque gauche.

En présence de cette situation critique, nous décidons d'intervenir, le 29 octobre 1929.

L'incision lombaire gauche conduit à travers une gangue scléreuse sur la tumeur.

La néphrotomie montre l'existence de poches multiples que l'on débride.

L'absence de sécrétion uréique, le développement inférieur de cette pyo-néphrite tuberculeuse cloisonnée ne permettant pas un drainage correct au point déclive, amenant à faire la néphrectomie. Celle-ci est pratiquée sous-capsulaire, par morcellement.

L'opération se déroule sans incident et la fonction rénale droite se révèle suffisante dans les suites opératoires immé-

diates. La malade urine spontanément, mais elle succombe à l'état de shock après 48 heures.

A l'autopsie, aucun des organes thoraciques ou abdominaux ne présente de lésions tuberculeuses macroscopiques. En injectant au cobaye du liquide aminotique et une émulsion de placenta, les auteurs obtiennent une tuberculose type Villemin, et concluent que le sang maternel peut véhiculer le virus tuberculeux et en traversant le placenta envahir le fœtus.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ (Nancy). — Néphrectomie pour tuberculose chez une femme enceinte de trois mois. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*. Février 1927, p. 173.
- BRINDEAU, DE BEAUFORD, CARTIER et POUGIN. — Passage transplacentaire du virus tuberculeux dans la tuberculose rénale chez une femme enceinte. — *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 25 mars 1930.
- BLEYNIE. — *L'Avenir des Néphrectomisées*. — Thèse de Paris, 1909-1910.
- BÆCKEL. — *Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale*. — Thèse de Nancy, 1911-1912.
- CHARBONNIER H., LAQUIERRE et L. CHEVALIER. — Pyonéphrose post-gravidique à coli-bacilles avec lésions pseudo-tuberculeuses. — *Bulletin de la Société Française d'Urémie*, 13 mai 1929.
- DERVAUX. — Kyste inclus des deux ovaires et tuberculose rénale ; Extirpation des trois lésions en une séance. Guérison. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Octobre 1928.
- DAMBRUN. — Tuberculose rénale, néphrectomie. Guérison. — *Toulouse Médical*, 1910.
- FALIRE. — *Sur un cas de pyonéphrose tuberculeuse au cours de la grossesse*. — Thèse, 1922.
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique*. Tome II.
- FAVREAU et QUEYRRIUX. — Gestation et Néphrectomie pour Bacillose. — *Presse Médicale*, 14 février 1923.

- FAVREAU. — Tuberculose rénale en évolution et auto-intoxication gravidique hypertensive. — *Revue Française de Gyn. et d'Obst.* Février 1933.
- FAVREAU. — *Bulletin de la Société d'Oobstétrique et de Gynécologie de Paris.* Juin 1922.
- FRÜHINSHOLZ et ANDRÉ. — Tuberculose rénale et gestation. — *Bulletin Soc. Obst. et Gynéc.* Février 1927.
- GERMAIN. — *Néphrectomie et Grossesse.* — Thèse, Paris, 1908-09.
- LAUMEAU. — Néphrectomie tuberculose et grossesse. — *Sciences Médicales Bordeaux*, 1918.
- MARX H. — Kidneys tuberculosis effect of pregnancy. — *Beitz zur Klin. de Tuberkul*, 1929.
- LEPOUTRE et STABBAERTS. — Pyélographie intraveineuse. — *Pratique Médicale Illustrée.*
- NAESLUND J. — Uber Nierentuberkulose und Schwangerschaft. — *Upsala läkkaeffirh*, 1932.
- ORAISON. — Tuberculose rénale. — *Sciences Médicales de Bordeaux*, 1908.
- PUGH W.-S. — Kidney tuberculosis in pregnancy. — *Annuaire of Surgery*, octobre 1927.
- RAVINA. — Tuberculose rénale et gestation. — *Bulletin Société Obst. et Gyn.* Novembre 1931.
- RAFIN. — L'avenir des néphrectomisées. — *Association Française d'Urologie*, 1909.
- VALLAIS et COLL DE CARRERA. — Tuberculose rénale et grossesse. — *Art Médical*, N° 28.
- VANDEXAL. — Leçons cliniques du jeudi soir à la Clinique Tarnier. (5° année).
- CARAVEN et DUBOIS. — *Picardie Médicale*, juin 1926.
- WILLEMIN. — *La tuberculose rénale dans ses rapports avec la puerpéralité.* — Thèse, Nancy, 1927-28.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	5
SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE RÉNALE PENDANT LA GROSSESSE.	7
EVOLUTION.	15
CONDUITE A TENIR.	20
CONCLUSIONS.	24
AVENIR DES NÉPHRECTOMISÉES POUR TUBERCULOSE RÉNALE.	25
Evolution de la grossesse dans ces conditions	28
La néphrectomisée peut-elle allaiter ?	29
Doit-on autoriser le mariage ?	29
OBSERVATIONS	31
BIBLIOGRAPHIE	47
